

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1943.

N° _____

THÈSE

224

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Madeleine VASSY

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Née le 24 Juillet 1919, à Auxerre (Yonne)

Présentée et soutenue publiquement le 28 JUIN 1943 19__

La Mortalité et la Morbidité
CHEZ LES ACCOUCHÉES de la MATERNITÉ
DE L'HOPITAL BRETONNEAU EN 1942

Président : M. PORTES, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1943

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **VASSY.**

Prénom: **Madeleine.**

Nom de jeune fille: **CESTRE.**

Date de la soutenance:

Numéro d'ordre:

(Ces deux mentions seront complétées par le service de la Bibliothèque)

VASSY (Madeleine, née CESTRE). — La mortalité et la morbidité chez les accouchées de la Maternité de l'Hôpital Bretonneau en 1942. — *Paris, Imp. Lavergne, 1943, in-8°, 48 pages.*

(*Th. Méd. (Et.), Paris, 1943,*
N°).

VASSY (Madeleine, née CESTRE). — La mortalité et la morbidité chez les accouchées de la Maternité de l'Hôpital Bretonneau en 1942. — *Paris, Imp. Lavergne, 1943, in-8°, 48 pages.*

(*Th. Méd. (Et.), Paris, 1943,*
N°).

VASSY (Madeleine, née CESTRE). — La mortalité et la morbidité chez les accouchées de la Maternité de l'Hôpital Bretonneau en 1942. — *Paris, Imp. Lavergne, 1943, in-8°, 48 pages.*

(*Th. Méd. (Et.), Paris, 1943,*
N°).

VASSY (Madeleine, née CESTRE). — La mortalité et la morbidité chez les accouchées de la Maternité de l'Hôpital Bretonneau en 1942. — *Paris, Imp. Lavergne, 1943, in-8°, 48 pages.*

(*Th. Méd. (Et.), Paris, 1943,*
N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1943.

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Madeleine VASSY

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Née le 24 Juillet 1919, à Auxerre (Yonne)

Présentée et soutenue publiquement le _____ 19—

La Mortalité et la Morbidité

CHEZ LES ACCOUCHEES de la MATERNITÉ DE L'HOPITAL BRETONNEAU EN 1942

Président : M. PORTES, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1943

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée.....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
»	FIESSINGER.
»	HARVIER.
»	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CADENAT.
»	MONDOR.
»	QUENU.
»	BROcq.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	LEVY-SOLAL.
»	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale.....	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale.....	N...
Professeurs sans chaire	DOGNON.
»	GIROUD.
»	HAZARD.
»	JAYLE.
»	JOANNON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS	Anat. pathologique.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	DE GENNES	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.	LACOMME	Obstétrique.
BONNET	Bactériologie.	LANTUEJOL	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie chirurgic.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
DELARUE	Anat. pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DESGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgic.
DESOLLE	Médecine légale.	RENARD	Ophthalmologie.
DIGONNET	Obstétrique.	RICHET	Physiologie.
DOGNON	Physique.	SICARD	Pathologie chirurgic.
FEVRE	Pathologie chirurgic.	SOULIE	Pathologie médicale.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	SUREAU	Obstétrique.
GALLIARD	Parasitologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HUGUENIN	Anat. pathologique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique Médicale.	BASSET	
BRULÉ		GATELLIER	
CHEVALLIER		DE GAUDART D'ALLAINES	Clinique chirurgicale.
LAROCHE (Guy)		MOULONGUET	
MOREAU		MOURE	
SÉZARY		ECALLE	Clinique Obstétricale.
		VIGNES	Clinique Obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR PORTES

Professeur de Clinique Obstétricale

Qui m'a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR LANTUÉJOUL

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur des Hôpitaux

*Qui m'a fait l'honneur de me confier
ce travail et m'a toujours guidée de ses
conseils bienveillants, hommage de
mon respectueux attachement et de
mes remerciements sincères.*

A M. LE DOCTEUR MERGER

Accoucheur des Hôpitaux

Avec tous mes remerciements.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

- 1937 M. le Professeur GRÉGOIRE (*in memoriam*)
M. le Professeur RATHERY (*in memoriam*)
1938 M. le Professeur HARVIER
M. le Docteur MARTIN

Externat :

- 1939 M. le Docteur GILBERT-DREYFUS
1940 M. le Docteur HILLEMAND
1941 M. le Professeur CHEVALLIER
1942 M. le Docteur FOUQUET
M. le Professeur LANTUÉJOUL
1943 M. le Docteur FAROY

INTRODUCTION

L'étude des statistiques peut sembler à certains une occupation aride et sèche. Mais quelle meilleure manière de matérialiser une évolution ou une action, que de pouvoir la concrétiser par des quantités mesurables ; et quelle meilleure éloquence que celle du chiffre pour montrer ce que le progrès des techniques modernes a permis de réaliser dans tous les domaines de la médecine ?

En obstétrique plus que partout ailleurs, la statistique se révèle comme indispensable pour porter des conclusions sur les méthodes actuelles, l'amélioration des conditions d'accouchement étant le souci constant des accoucheurs qui veulent donner à ce processus physiologique toute la sécurité qu'il devrait normalement présenter.

A cet égard, il est curieux de constater à quel point cet art était négligé par les médecins anciens : « *Haec ars viros dedecet* » était le retranchement derrière lequel s'abritaient médecins et barbiers pour confier à des sages-femmes ne possédant aucune culture médicale, le soin de cet acte si délicat.

Et il faut attendre le début du XVIII^e siècle pour voir s'ouvrir à l'Hôtel-Dieu la première division d'accouchements. Celle-ci contribua à la for-

mation des premiers grands accoucheurs français : Mauriceau, Portal, Pierre Dionis, qui furent pour ainsi dire les créateurs de cette branche de la Médecine qui aurait dû être la plus vieille de toutes.

De cette époque à celle où Lister et Semmelweis introduisirent l'aseptie, la mortalité maternelle et fœtale était considérable et, si le perfectionnement des techniques avait permis de voir diminuer les complications mécaniques, toute cette période pré-listérienne se révélait absolument impuissante vis-à-vis des complications infectieuses, dont les épidémies étaient d'autant plus redoutables que les causes en étaient inconnues.

Mais ce ne sont que les progrès de l'aseptie dont on a appris petit à petit à faire usage de façon de plus en plus parfaite, et les nombreuses découvertes médicamenteuses qui ont permis de réaliser enfin cette faible proportion de morbidité à laquelle nous sommes arrivés.

Cependant des facteurs qui n'ont pas été mis clairement en évidence jusqu'à présent ont fait varier pendant quelques-unes de ces dernières années les chiffres de morbidité dans les différents services parisiens. Il est donc particulièrement intéressant de faire une étude de la statistique pour l'année 1942, de la mortalité et de la morbidité dans un grand service parisien, pour jeter une lumière sur ce que peut donner la stricte application des principes d'aseptie dans l'accouchement, les soins aux accouchées et la surveillance des femmes encein-

tes. C'est ce que nous nous proposons de faire dans ce travail.

Dans un premier chapitre, nous exposerons les limites de notre travail, ainsi que les définitions qui nous serviront de base.

Dans un deuxième chapitre, nous examinerons en détail la mortalité et la morbidité au cours des suites de couches. Nous verrons quelles ont été les affections en cause, leur nombre, leur gravité.

Dans un troisième chapitre, nous nous efforcerons de rechercher dans quelle mesure la morbidité peut être influencée par les opérations obstétricales, la parité, les plaies périnéales.

Dans un quatrième chapitre enfin, nous comparerons nos chiffres avec les chiffres classiques, ainsi qu'avec les statistiques effectuées au cours de ces dernières années dans les différents services parisiens.

CHAPÎTRE PREMIER

Envisageant ici la mortalité et la morbidité chez les accouchées par les voies naturelles, nous laisserons de côté les opérations césariennes ainsi que les avortements.

Cependant, pour que cette statistique reste comparable aux autres travaux du même ordre, signalons que 18 césariennes ont été pratiquées dans le service au cours de l'année, parmi lesquelles il y a eu une mort.

Les indications en étaient les suivantes :

- 9 pour bassin rétréci ;
- 2 pour éclampsie ;
- 2 pour fibrome praevia ;
- 1 pour hématome rétro-placentaire ;
- 1 chez une femme ayant eu 3 enfants morts de traumatismes obstétricaux et opérée antérieurement (ablation des annexes droites et des $3/4$ de l'ovaire gauche) ;
- 1 chez une femme atteinte de cancer du sein et parvenue au terme de 8 mois (césarienne demandée par le service de radiumthérapie qui a réclamé en même temps l'hystérectomie) ;

- 1 chez une primipare de 42 ans présentant des anomalies de la contraction utérine ;
- 1 chez une femme parvenue au terme de 7 mois et demi et présentant un volumineux fibrome ainsi que des lésions de supuration pulmonaire ancienne. Cette malade était en observation dans le service et a présenté des accidents cardio-pulmonaires graves qui ont nécessité l'intervention, malgré les mauvaises conditions opératoires.

Cette malade est décédée dans les heures qui ont suivi l'intervention, mais l'enfant était vivant et a quitté le service en bon état.

Les très nombreuses statistiques qui ont été publiées ces dernières années au sujet de la morbidité dans les maternités font ressortir des chiffres variant de 2 à 10 %. Ces différences sont dues à ce que les auteurs n'ont pas envisagé la question sous le même angle, certains faisant une statistique générale de toutes les affections fébriles survenant pendant les suites de couches, les autres — et ils sont en majorité — se limitant aux seules infections d'origine puerpérale. Même parmi ces derniers, l'accord n'est pas réalisé, certains considérant les infections mammaires comme infections puerpérales, les autres n'en tenant pas compte.

Notre statistique portera sur toutes les femmes

ayant présenté de la fièvre pendant les suites de couches, que celle-ci reconnaisse comme origine une cause obstétricale ou purement accidentelle. Cette manière de faire nous paraît plus juste étant données d'une part la divergence de vue des auteurs à ce sujet, d'autre part la difficulté qu'il y a dans la pratique à déterminer dans quelle mesure l'accouchement est responsable d'une infection extra-génitale ; car même lorsqu'une maladie survenant pendant les suites de couches nous paraît absolument sans rapport avec l'accouchement, sommes-nous en droit d'affirmer que celui-ci n'a pas agi comme causé prédisposante ? C'est cependant sur les infections puerpérales que nous insisterons plus longuement et c'est surtout à elles qu'auront trait plus particulièrement les Chapitres III et IV. C'est pourquoi nous indiquerons, non seulement la définition sur laquelle nous nous baserons pour diviser les observations en suites de couches normales et pathologiques, mais aussi quelques définitions relatives à l'infection puerpérale.

Définitions (Ces différentes définitions sont empruntées à Bar et Brindeau : « Pratique de l'art des accouchements »).

I. — Sera considérée comme pathologique toute température atteignant 38° et s'y maintenant plus de 12 heures, sans tenir compte des 24 premières heures qui suivent l'accouchement.

II. — On décrit sous le nom d'infection puer-

pérale toute infection des femmes en couches ayant pris naissance au niveau de l'appareil génital lésé par le traumatisme obstétrical.

On est convenu de considérer comme une annexe aux infections puerpérales proprement dites celles qui ont leur point de départ dans les mamelles.

III. — Classification dans l'infection puerpérale :

a) Infections localisées :

voies génitales inférieures,
infections du corps de l'utérus,
infections annexielles,
infections péritonéales ;

b) Infections généralisées :

pyohémies,
septicémies ;

c) Infections atténuées, localisées à distance de l'appareil génital :

phlegmatia alba dolens.

CHAPITRE II

Pendant l'année 1942, 1.711 femmes ont accouché par les voies naturelles dans le service, parmi lesquelles aucun décès n'a été enregistré. La mortalité pour cette année 1942 a donc été égale à zéro.

Quant à la morbidité, elle a été très faible, mais on est surtout frappé de la bénignité qu'ont présentée les poussées fébriles au cours des suites de couches. L'infection généralisée, forme de beaucoup la plus grave de l'infection puerpérale, dont les épidémies ravageaient autrefois les maternités, et qui est, à l'heure actuelle, encore justement redoutée malgré les armes que nous possédons contre elle, n'a pas fait son apparition cette année.

Il y a eu au total dans le service 163 infections répondant à la définition que nous nous sommes fixée, se répartissant de la manière suivante :

- 3 phlébites,
- 51 infections utérines légères,
- 2 éruptions scarlatiniformes,
- 61 infections mammaires,
- 24 infections urinaires,
- 8 infections intestinales,
- 11 épisodes pulmonaires,

- 2 poussées articulaires,
- 1 abcès dentaire.

Reprenons cette énumération plus en détail, en faisant, dans chaque catégorie, un classement suivant la date d'apparition de l'infection, sa durée, la température, le diagnostic.

PHLÉBITES

Nous en avons relevé 3 cas, ce qui donne une proportion de une phlébite pour 570 accouchements. Voici quelle est leur histoire :

Observation 351. — Primipare de 22 ans. Accouchement naturel à terme. Enfant 3.250 gr. Délivrance naturelle pesant 550 gr. Dès le lendemain, la température s'élève à 38° et se maintient entre 38° et 39° pendant 9 jours. Pouls en rapport. Pendant 7 jours, septoplax, gynergène. Le 10^e jour, apparition d'une douleur dans la jambe et la cuisse droite suivant le trajet des gros troncs veineux. Immobilisation. Évolution normale, sortie guérie le 42^e jour.

Observation 642. — Secundipare de 29 ans. Accouchement et délivrance naturels. Pendant les 10 premiers jours qui suivent l'accouchement, température normale n'ayant pas dépassé 37°5 ; le pouls est à 95 le lendemain et s'y maintient. Le 10^e jour, le pouls monte à 120 et s'y maintient pendant 4 jours. A cette date, embolie pulmonaire et douleur

de la jambe droite. Immobilisation. Le 19^e jour, on met la malade sur un lit Dupont. Le 38^e jour, suppression de la gouttière. Sortie le 40^e jour.

Observation 947. — Primipare de 20 ans. Accouchement naturel à terme. Dégagement en mento-pubienne. Enfant 3.150 gr. Délivrance naturelle, 1 heure après l'accouchement, pesant 620 gr. Episiotomie, 2 crins. Pendant 10 jours, suites de couches normales sauf anémie légère. Le 12^e jour, température 39°5, pouls en rapport. Douleur au membre inférieur, immobilisation. Le lendemain et les jours suivants, la température tombe, mais le pouls reste à 100 jusqu'au 23^e jour. Sortie le 30^e jour.

Cette troisième observation n'est pas celle d'une véritable phlébite, mais plutôt celle d'une périphlébite que l'on a pu mobiliser et laisser sortir d'une façon précoce.

INFECTIONS UTÉRINES LÉGÈRES : 51

Sous cette rubrique, nous avons classé non seulement les infections utérines bien caractérisées, mais toutes les poussées fébriles survenant vers le 4^e jour et pour lesquelles, après élimination de toutes les localisations habituelles, aucun diagnostic précis n'a été posé. Le chiffre de 51 ainsi obtenu est donc un maximum et il y a tout lieu de penser que le nombre des infections utérines est en réalité légèrement inférieur.

Si nous examinons la température chez ces 51 malades, nous constatons qu'elle s'est élevée :

de 38° à 38°5 dans 17 cas ;

de 38°5 à 39° dans 17 cas ;

de 39° à 39°5 dans 17 cas ;

aucune n'a dépassé 39°5.

L'observation du pouls est beaucoup plus instructive. Dans tous les cas observés, le pouls battait à 80 ou 90 depuis l'accouchement en dehors de toute élévation thermique et jusqu'à l'apparition de celle-ci. Cette légère accélération, d'autant plus remarquable que le pouls doit présenter, au cours de cette période, un ralentissement physiologique, aurait pu permettre, dans une certaine mesure, de prévoir l'élévation thermique.

Dans la plupart des cas, au moment où apparaît l'élévation de température, le pouls se met en rapport avec celle-ci et suit une courbe parallèle à la courbe thermique.

Parmi les malades ayant présenté une température de 38° à 38°5, le pouls, qui était à 80 depuis l'accouchement, s'y est maintenu pendant la durée de l'élévation thermique. Dans trois cas seulement, nous notons une dissociation de la température et du pouls, ce dernier s'étant élevé à 120 lors de la poussée thermique. Signalons cependant que l'une de ces malades, dont le pouls était à 120 depuis l'accouchement, avait présenté une hémorragie de la délivrance.

Chez les 17 malades ayant eu une température de 39° à $39^{\circ}5$, le pouls est resté parallèle dans tous les cas.

Par contre, chez les malades ayant eu les températures les plus élevées de 39° à $39^{\circ}5$, on note 8 fois la dissociation du pouls et de la température, le pouls ne s'étant pas cette fois élevé parallèlement à la température et étant resté inférieur à celle-ci. Ce phénomène permet d'affirmer la bénignité de ces infections malgré l'élévation relativement importante de la courbe thermique.

Si nous voulons classer ces observations d'après la date d'apparition, nous notons que 25 apparaissent avant le 4^e jour, 19 le 4^e jour, et 7 après le 4^e jour.

La durée de l'infection a été en général très courte, 28 ont duré moins de 4 jours, 22 ont duré de 4 à 7 jours, et 1 seulement a duré plus de 7 jours.

Notons que parmi les infectées il y a une assez forte proportion de femmes ayant subi une opération obstétricale : soit 34 accouchements spontanés et 17 opérations dont 6 forceps, 2 forceps suivis de délivrance artificielle, 5 délivrances artificielles et 4 révisions utérines.

ERUPTIONS SCARLATINIFORMES

Nous en relaterons les observations :

Observation 405. — Primipare de 22 ans. Accouchement naturel à terme. Enfant vivant pesant

3.140 gr. Délivrance naturelle pesant 550 gr. Le 5^e jour, température à 39°. Apparition d'une éruption à type scarlatiniforme sur l'abdomen. Gorge normale, urines normales. Le 6^e jour, éruption généralisée atteignant les membres inférieurs. Gorge légèrement rouge, langue normale, urines normales. Puis, amélioration progressive, la température tombe en lysis et atteint 37° le 11^e jour. Le 17^e jour, température à 40° pendant 24 heures ; pas d'éruption. Le 21^e jour, desquamation en petits lambeaux au niveau de l'abdomen. Traitement : Septoplax du 7^e au 10^e jour.

Observation 464. — Primipare de 39 ans. Accouchement normal près terme. Enfant normal, 3.000 gr. Délivrance naturelle pesant 490 gr. Le 4^e jour, température à 39°. Eruption papuleuse à points rouges séparés par de la peau saine sur les avant-bras. Gorge normale, Hémoculture négative. Le 7^e jour, éruption sur les membres inférieurs, prurigineuse. Le 8^e jour, défervescence, polyurie. Le 12^e jour, nouvelle poussée à 39°8. Reprise de l'éruption sur les bras et le dos. Le lendemain, la température baisse, l'éruption pâlit. Le 19^e jour, desquamation furfuracée nette entre les doigts. Urines normales.

S'agit-il là d'un rash scarlatiniforme au cours d'une infection puerpérale ou d'une scarlatine frustée ? La question paraît bien difficile à trancher, étant donné qu'il n'existe pas de critère sur lequel

on puisse s'appuyer pour affirmer l'un ou l'autre. Cependant, l'existence, cette année, dans les autres services et en particuliers dans les services spécialisés, de scarlatines très frustes, permet de ne pas rejeter ici cette dernière hypothèse.

INFECTIONS MAMMAIRES : 51

dont 44 lymphangites,

4 galactophorites,

12 abcès,

1 galactophorite suivie d'abcès.

La plupart des abcès n'ont évolué qu'en partie dans le service, étant apparus après la sortie des malades et celles-ci n'ayant été hospitalisées à nouveau qu'après quelques jours d'évolution en ville. Aussi, nous sera-t-il impossible de tenir compte des abcès dans notre classement d'après la température et la durée de l'infection. Il nous reste ainsi 48 infections, dont :

7 ont atteint une T° de 38° à 38°5,

13 " " " 38°54'39".

— 13 " " " 39^e à 39^e5,

— 9 — „ „ „ „ 39⁹5 à 40⁰,

— 6 ont atteint ou dépassé 40°.

La durée a été de : moins de 24 heures dans 9 cas, 24 heures dans 2 cas, 48 heures dans 13 cas, 3 jours dans 13 cas, 4 jours dans 7 cas, 5 jours dans

1 cas et plus de 5 jours dans 2 cas. Onze ont présenté plusieurs poussées de courte durée.

L'évolution a donc été, dans la plupart des cas, très courte, n'excédant jamais 5 jours, la chute thermique se faisant rapidement sous l'influence des traitements mis en œuvre :

- en cas de lymphangite : compresses chaudes sur le sein et injections de propidon si la défervescence n'est pas rapide ou en cas de rechute ;
- en cas de galactophorite : traitement sulfamidé ou propidon.

La date d'apparition des abcès a été :

- dans un cas, avant le 20^e jour,
- dans 6 cas, du 20^e au 30^e jour,
- dans 4 cas, du 30^e au 40^e jour,
- dans un cas, après le 40^e jour.

Ces dates d'apparitions tardives nous permettraient presque de ne pas faire entrer ces abcès dans notre statistique, car nous étudions ici les infections apparues au cours des suites de couches et susceptibles, dans une certaine mesure, de reconnaître comme cause l'accouchement. Or, les abcès sont apparus sauf un chez des femmes ayant quitté l'hôpital depuis plusieurs jours, et il semble qu'on soit en droit d'incriminer comme cause de leur apparition au moins autant la négligence de certaines mères dans les soins de propreté à apporter au mamelon, que l'accouchement lui-même.

Il est possible, d'autre part, que certaines malades atteintes d'abcès du sein ne soient pas revenues se faire traiter dans le service et aient ainsi échappé à notre statistique.

INFECTIONS URINAIRES : 24

Les germes en cause étaient :

- 1 fois l'entérocoque,
- 8 fois le colibacille,
- 3 fois les associations du colibacille avec des cocci, qui ont pu être interprétés après culture comme de l'entérocoque, du staphylocoque et du streptocoque.

Dans 11 cas, l'examen bactériologique a été négatif, révélant la présence de pus ou d'une réaction polynucléaire, mais pas de germes même à la culture.

La fièvre est apparue 16 fois dans les 3 premiers jours, 7 fois du 4^e au 7^e jour, 1 fois plus tard, le 11^e jour.

Elle s'est élevée :

- 7 fois, de 38° à 38°5,
- 8 fois, de 38°5 à 39°,
- 3 fois, de 39° à 39°5,
- 6 fois, de 39°5 à 40°.

Quant à l'évolution, elle a été extrêmement courte et bénigne dans tous les cas, la défervescence

thermique se faisant dès le lendemain de l'application du traitement sulfamidé. Précisons que 15 malades ont reçu de la thiazomide, 3 du septoplax, et 6 ont guéri sans traitement.

Pour les infections suivantes, qui paraissent sans lien direct avec l'accouchement, nous nous bornerons à une brève énumération.

INFECTIONS INTESTINALES : 8

— 2 ont atteint 38°5,

— 6 ont atteint 39°.

4 fois, la température est apparue du 2° au 4° jour, 4 fois plus tard, du 5° au 11° jour.

Dans tous les cas, la température était revenue à la normale dès le 3^e jour.

ÉPISODES PULMONAIRES : 11

dont 2 tuberculoses pulmonaires diagnostiquées au cours d'une poussée fébrile pendant les suites de couches chez des femmes n'ayant pas d'antécédents bacillaires reconnus. Dans les 2 cas, accouchement et délivrance naturels. Présence de bacilles dans les crachats. Ces 2 malades ont été dirigées dans un service spécialisé.

— 4 bronchites,

— 2 grippes,

— 1 foyer pneumonique,

- 1 angine à staphylocoques,
- 1 pleurésie à lymphocytes chez une femme syphilitique.

POUSSÉES ARTICULAIRES : 2

Ces 2 malades ont présenté une seule poussée thermique à 39°5 avec signes articulaires, l'une pendant 24 heures, l'autre pendant 48 heures.

ABCÈS DENTAIRE : 1

L'énumération de ces quelques cas prouve bien, comme nous l'avons dit au début de ce chapitre, la bénignité d'épisodes infectieux qui ont tous guéri sans complication et dont certains n'ont été mis dans le cadre de la question que pour mentionner scrupuleusement la totalité de la statistique.



CHAPITRE III

Examinons maintenant dans quelle mesure les opérations obstétricales, la parité, l'existence de plaies périnéales ont pu influencer l'apparition des accidents infectieux.

Le nombre total d'accouchements par les voies naturelles dans le service en 1942 ayant été de 1.711 et le nombre des infectées de 163, nous obtenons une morbidité totale de 9,5 %.

INFLUENCE DE LA PARITÉ

Sur 163 femmes ayant présenté des accidents infectieux, il y a 104 primipares et 59 multipares.

Or, sur la totalité des femmes accouchées dans l'année, on trouve 750 primipares et 961 multipares.

Donc, sur un total de 750 primipares, 104 se sont infectées, ce qui donne une proportion de 13,86 %, alors que la proportion d'infectées pour les multipares est de 59 pour 961, soit 6,14 %.

Nous pouvons rechercher dans chaque catégorie d'infections, comment cette forte proportion se répartit. Nous trouvons, en effet :

— Pour les infections utérines et les phlébites réunies, 36 primipares et 18 multipares, soit 4,80 % de primipares infectées contre 1,87 % seulement de multipares.

— Pour les infections mammaires, 36 primipares, soit 4,80 % et 25 multipares, soit 2,60 %.

— Pour les infections urinaires, 16 primipares, soit 2,13 %, et 8 multipares, soit 0,83 %.

— Pour la totalité des autres infections, 16 primipares, soit 2,13 %, et 8 multipares, soit 0,83 %.

Il est donc permis d'affirmer que les primipares sont plus souvent que les multipares touchées par l'infection, et ceci de façon constante. Il est d'ailleurs naturel qu'un travail plus long et plus laborieux comme il est toujours chez les primipares les mette en état de moindre résistance.

INFLUENCE DES OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES

Le total des opérations obstétricales pratiquées dans l'année est de 216, dont :

- 129 applications de forceps : 26 suivies de délivrance artificielle et 7 de révision utérine.
- 10 versions, dont 7 suivies de délivrance artificielle ou de révision utérine.
- 3 grandes extractions du siège.
- 1 symphysectomie (Zarate).
- 1 basiotripsie.

— 32 délivrances artificielles.

— 40 révisions utérines.

Parmi les infectées, 39 femmes ont subi des interventions se répartissant de la façon suivante :

— 21 applications de forceps, dont 4 suivies de délivrance artificielle et 4 de révision utérine.

— 3 versions dont 2 suivies de délivrance artificielle.

— 9 délivrances artificielles.

— 6 révisions utérines.

La proportion d'infectées parmi les opérées est donc de 39 pour 216, soit 18,05 %, proportion bien supérieure à celle des femmes ayant fait de l'infection après un accouchement spontané. En effet, sur un total de 1.548 femmes ayant accouché spontanément, 124 ont présenté des accidents infectieux, soit 8,01 %.

Ces chiffres sont encore beaucoup plus éloquentes si on en examine le détail. On trouve alors que, sur un total de 216 opérées,

— 18 ont présenté de l'infection puerpérale : infection utérine ou phlébite, soit 8,33 %.

— 10 ont présenté de l'infection mammaire, soit 4,63 %.

— 7 ont présenté de l'infection urinaire, soit 3,24 %.

— 4 ont présenté diverses infections, soit 1,85 %.

Or, sur 1.548 femmes ayant accouché spontanément :

- 36 ont présenté une infection puerpérale : phlébite ou infection utérine, soit 2,33, contre 8,33 chez les opérées.
- 51 ont présenté une infection mammaire, soit 3,28 contre 4,63 % chez les opérées.
- 17 ont présenté une infection urinaire, soit 1,10 contre 3,24 chez les opérées.
- 20 ont présenté une autre infection, soit 1,30 contre 1,85 % chez les opérées.

Ces chiffres font ressortir de façon évidente qu'une très forte proportion de femmes ayant subi une intervention au moment de l'accouchement présentent des poussées fébriles au cours des suites de couches.

C'est surtout à l'infection puerpérale que les opérées payent de beaucoup le plus lourd tribut.

La différence de proportion entre les infectées chez les femmes accouchées spontanément et chez les opérées est très importante en ce qui concerne l'infection puerpérale ; elle est encore nette pour l'infection urinaire. Par contre, l'infection mammaire, ainsi que les infections diverses semblent frapper indifféremment les femmes accouchées spontanément et celles qui ont subi une intervention.

Quelles conclusions convient-il de tirer de ces constatations ? Faut-il incriminer l'intervention elle-

même malgré toutes les précautions d'aseptie mises en œuvre, ou plutôt ne faut-il pas penser que la cause qui a provoqué l'intervention — par exemple l'endométrite qui a provoqué une rétention placentaire et entraîné une révision utérine — est en même temps responsable de l'infection utérine légère des suites de couches ?

INFLUENCE DES PLAIES PÉRINÉALES

Sur un total de 215 femmes ayant présenté des déchirures du périnée ou une épisiotomie, 50 se sont infectées, soit 23,25 %.

Tandis que, sur 1.496 femmes n'ayant pas eu de plaies périnéales, 113 ont présenté un épisode fébrile, soit 7,55 %.

Indiquons un bref résumé du détail de ces chiffres dans nos différentes catégories d'infections :

— Infection puerpérale et phlébite :

8,37 % infectées déchirées,

2,41 % non déchirées.

— Infections mammaires :

6,98 % infectées déchirées,

3,08 % non déchirées.

— Infections urinaires :

2,33 % infectées déchirées,

0,80 % non déchirées.

— Infections diverses :

5,58 % infectées déchirées,

1,26 % non déchirées.

La présence de plaies périnéales semble donc influencer de la même manière l'apparition des accidents infectieux. Il est à remarquer qu'ici comme partout ailleurs, c'est l'infection puerpérale qui apparaît dans la plus forte proportion.

Voici, résumées dans un tableau récapitulatif, les considérations que nous venons de développer.

	Infections utérines et Phlé- bites	INFECTIONS.			Total
		mam- maires	uri- naires	di- verses	
Primipares	4,80	4,80	2,13	2,13	13,86
Multipares	1,87	2,60	0,83	0,83	6,14
Accouchements					
spontanés	2,33	3,28	1,10	1,30	8,01
Opérations	8,33	4,63	3,24	1,85	18,05
Accouchements					
sans plaies	2,41	3,08	0,80	1,26	7,55
Accouchements					
avec plaies	8,37	6,98	2,33	5,58	23,25

CHAPITRE IV

Les chiffres obtenus cette année pour la mortalité et la morbidité à la maternité de Bretonneau sont :

Mortalité : 0,

Morbidité : 9,5 %.

Il serait intéressant de comparer ces chiffres à ceux que donnent les classiques d'une part et d'autre part à ceux qui ont été publiés ces dernières années par les différents services parisiens.

Pour la mortalité, on trouve les chiffres classiques donnés par Bar et Brindeau : 9,3 % pour la période qui s'étend de 1858 à 1859, puis de 1,1 % pour la période de 1882 à 1889, et enfin 0,15 à 0,05 % en ce qui concerne ces vingt dernières années.

Pour la morbidité, il y a lieu de distinguer : la morbidité totale, comprenant non seulement l'infection puerpérale, mais toute affection fébrile survenant au cours des suites de couches — c'est celle-là que nous avons considérée. — et la morbidité par infection puerpérale seule, — celle qui a fait l'objet des études plus nombreuses.

Pour la première, Hauch donne le chiffre de 25 à 30 %, Brindeau donne 30 %, chiffres bien supé-

rieurs à celui que nous avons trouvé, qui est de 9,5 %.

Pour la deuxième, on trouve des chiffres évidemment plus bas :

Budin, de 1895 à 1897 : 10,6 à 12,8 %.

Clinique Tarnier, 1900 à 1903 : 4,4 à 9,7 %.

Bar (St-Antoine), 1897 à 1899 : 6,29 à 7,78 %.

Signalons que nous trouvons un pourcentage de morbidité par infection puerpérale de :

3,16 % sans tenir compte des infections mammaires,

6,72 % en tenant compte des infections mammaires.

Nous essaierons maintenant de voir quelle a été la mortalité et la morbidité au cours de ces dernières années dans les différents services parisiens. De façon à rendre ces chiffres comparables aux nôtres, nous les limiterons, dans la mesure du possible, aux accouchées par les voies naturelles.

Baudelocque 1922 (chiffres empruntés à la thèse de Géant, Paris, 1923) :

1.581 accouchements.

Mortalité maternelle : 15, soit 0,94 %.

Morbidité : 170, soit 10,9 %, dont : infections utérines 83, mammaires 75, phlébites 11, et 1 septicémie.

Baudelocque 1923 (Thèse de Demelin, Paris 1924) :

1.540 accouchements.

Mortalité : 1,4 %.

Morbidité : 105, soit 6,81 %, dont : infections puerpérales 37, mammaires 60, et phlébites 8.

Saint-Antoine 1936 (Thèse de Benichon Sura, Paris 1938) :

2.016 accouchements.

Mortalité : 0,29 %.

Morbidité : 95, soit 4,6 %, dont : phlébites 17, infections utérines 25, mammaires 53.

Tarnier 1937 (Thèse de Picot, Paris 1937) :

1.175 accouchements.

Suites de couches fébriles par infection : 112, soit 9,5 %.

Saint-Antoine 1937 (Thèse de Brecher, Paris 1939) :

2.009 accouchements.

Mortalité : 10, soit 0,49 %.

Morbidité : 94, soit 4,67 %, dont : infections utérines 31, mammaires 50, phlébites 13.

Hôtel-Dieu 1937 (Thèse de Bordès-Süe, Paris 1939) :

1.454 accouchements.

Mortalité : 0,2 %.

Morbidité par infection puerpérale, 53, soit 3,6 %, dont : infections utérines 35, phlébites 7, infections puerpérales graves 7.

Ces quelques exemples permettent de se rendre compte que la mortalité a été régulièrement décroissante depuis quelques années, passant de 1 % environ en 1922 et 1923, chiffre supérieur au chiffre

classique, à 0,2 et 0,3 % au cours de ces 4 à 5 dernières années.

Quant à la morbidité, les auteurs n'ont en général tenu compte, dans leurs statistiques, que des infections utérines, des infections mammaires et des phlébites, certains même ne comptant pas les infections mammaires. Il n'est donc pas surprenant que les chiffres trouvés par eux soient en général inférieurs au nôtre, qui est de 9,5 %. Ce n'est qu'en comparant les chiffres en détail qu'il nous sera possible de nous donner une idée de l'évolution de la morbidité au cours de ces dernières années.

En ce qui concerne les phlébites, on trouve dans ces différents exemples des chiffres de 1 phlébite pour 155 accouchements, 1 pour 207, 1 pour 192, tous ces chiffres étant supérieurs à celui donné par Tarnier de 1 phlébite pour 407 accouchements. Cette année, au contraire, nous obtenons la proportion nettement plus faible de 1 phlébite pour 570 accouchements.

La morbidité par infection utérine a été tout à fait variable, s'étendant de 1,4 à 9,5 %. Nous avons eu une morbidité par infection utérine de 2,9 %.

Quant aux infections mammaires, ces différents exemples donnent des proportions de 4,7, 3,9, 2,6, 2,5 %.

Il semble bien découler de ces différentes observations les faits suivants : alors que la mortalité, les infections utérines graves et les phlébites marquent une très nette diminution, les infections mammaires

et les infections utérines bénignes présentent des variations annuelles peu importantes où l'on ne peut mettre en évidence aucune progression.

En résumé, nous avons eu cette année à l'Hôpital Bretonneau, un excellent état sanitaire. Cet état de choses est d'ailleurs général et se retrouve dans les autres services.

Comment expliquer ces faits ? Certains accoucheurs pensent que c'est en raison de thérapeutiques préventives qu'ils appliquent systématiquement. C'est ainsi que les partisans de la chimiothérapie préventive se félicitent des résultats qu'ils obtiennent en donnant à toutes les femmes du rubiázol, du septoplix, ou tout autre médicament préconisé contre le streptocoque.

A la Maternité de Bretonneau, les sulfamides sont employés à titre curatif, mais aucune chimiothérapie préventive n'a été faite, ce n'est donc pas là la cause du bon état sanitaire. On a pu l'attribuer aux perfectionnements de l'aseptie et en particulier au port du masque par médecins et sages-femmes à la salle de travail. Il est bien certain que la contamination par les gouttelettes de salive a pu être démontrée et que les précautions de cet ordre sont utiles, mais il paraît excessif d'attribuer à cette unique précaution des résultats aussi bons.

Par ailleurs, la période actuelle particulièrement troublée, qui amène des femmes à terme dans des conditions mauvaises, alimentation insuffisante, fatigue excessive, aurait pu expliquer une diminution

de la résistance et faire craindre des complications plus fréquentes à l'inverse de ce qui s'est produit.

En réalité, il est bien vraisemblable que nous traversons une période où la virulence du streptocoque est atténuée, période heureuse analogue à celles qu'ont connues nos devanciers qui les voyaient alterner avec des périodes où la virulence du streptocoque subissait une recrudescence. On sait malheureusement que de tout temps on a vu apparaître de véritables épidémies de causes parfois évidentes, lorsqu'elles coïncidaient, par exemple, avec une épidémie de grippe, mais souvent de cause inconnue.

Période heureuse, mais il est toujours à craindre qu'une nouvelle épidémie survienne et il n'est pas question de relâcher les précautions que nous croyons devoir prendre.

CONCLUSIONS

I. — En 1942, 1.711 accouchements ont été faits à la Maternité de l'Hôpital Bretonneau.

II. — Mortalité nulle.

III. — Morbidité 9,5 %, étant entendu que cette morbidité comprend tous les cas où la femme a présenté de la fièvre dans les suites de couches, quelque soit l'origine de cette fièvre : génitale, mammaire, urinaire, pulmonaire, etc...

IV. — Ces résultats, que l'on peut considérer comme satisfaisants, ne sont pas attribuables à une thérapeutique prophylactique en particulier par chimiothérapie.

V. — Ils sont peut-être en partie explicables par toutes les précautions prises au point de vue antiseptie et aseptie. Mais il est bien vraisemblable qu'actuellement, pour une cause inconnue, la virulence du streptocoque est très atténuée. Il n'est malheureusement pas démontré que cette virulence ne puisse s'exalter à nouveau et être à l'origine d'épidémies analogues à celles qui ont été décrites par nos anciens. Il faut, de toute évidence, continuer à respecter et à renforcer même l'aseptie obstétricale.

Vu : *Le Doyen,*

BAUDOUIN.

Vu : *Le Président,*

PORTES.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

Gilbert GIDEL.